ITEM 251 : AMAIGRISSEMENT À TOUS LES ÂGES

Amaigrissement = témoin d'un déséquilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques : conséquence d'une affection évolutive ou d'un trouble des conduites alimentaires (TCA).

DG

Amaigrissement = **Perte de poids non contrôlée** ➔ significative si **> 5 kg.**
- Notion dynamique : processus évolutif (≥ 2 % en 1 semaine, ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois).
- Enfant avec cassure pondérale associée ou non à une cassure staturale (importante si perte de poids de -2 DS et sévère).
- Excluant les compartiments hydriques extracellulaires (perte d'œdèmes).

Maigreur = **IMC < 18,5** (< 22 si + de 70 ans).
- **Pesée** : sur balance électronique précise, en sous-vêtements, vessie vide.

Dénutrition = ≥ 1 critère phénotypique + ≥ 1 critère étiologique.
- Signes indirects : changement de taille des vêtements, tour de ceintures, photographies antérieures.

Mécanismes

Déséquilibre négatif de la balance énergétique.
- **Diminution des ingesta** : reconnue (perte d'appétit) ou niée (TCA).
- **Malabsorption et/ou maldigestion.**
- **Augmentation des dépenses énergétiques** : thermorégulation, maladies aiguës ou chroniques, phénomène de réparation et de cicatrisation.
- **Pertes caloriques et/ou protéiques.**

Causes

- Organique.
- Psychiatrique.
- Socio-environnementale.
- Iatrogène.

Signes de gravité

= Nécessitant la mise en place urgente d'une assistance nutritionnelle :
- IMC < 15.
- Perte de poids > 20 % en 3 mois.
- Hypotension artérielle, bradycardie, hypothermie.
- Ralentissement psychomoteur.
- Hypoglycémie symptomatique.
- Trouble ionique : natrémie, kaliémie, hypophosphorémie.
- Hypoalbuminémie profonde < 20 g/L.

BILAN DIAGNOSTIQUE

DD

% de perte de poids = (poids habituel-poids actuel)/poids habituel x 100.

Maigreur constitutionnelle :
- Poids stable, qui a toujours été bas, avec IMC > 16.
- Masse grasse abaissée (< 10 % chez H et 15 % chez F), caractère familial.

Perte de poids secondaire à :
- Mouvement hydrique : fonte d'œdème (membres inférieurs), ponction d'ascite, déshydratation.
- Ablation d'un tissu : amputation, exérèse d'une importante tumeur.
- Accouchement.
- Prise de diurétiques (IC, IHC, sd néphrotique).
- Volontaire en rapport avec un régime hypocalorique médicalement justifié et/ou augmentation de l'activité physique.

Dénutrition

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)	Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)
- **Perte de poids** ≥ 5 % en 1 mois.	- **Perte de poids** ≥ 10 % en 1 mois.
- **Perte de poids** ≥ 10 % en 6 mois.	- **Perte de poids** ≥ 15 % en 6 mois.
- **Perte de poids** ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.	- **Perte de poids** ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- **IMC entre 17-18,5.**	- **IMC ≤ 17.**
- **Réduction masse et/ou fonction musculaire.**	- **Albuminémie** ≤ 30 g/L.

Critère étiologique
- **Réduction de la prise alimentaire :**
  . ≥ 50 % pendant plus de 1 semaine.
  . Réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport aux besoins protéino-énergétiques estimés.
- **Absorption réduite :**
  . Maldigestion/malabsorption.
- **Situation d'agression :**
  . Hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire (pathologie aiguë, chronique évolutive ou maligne).

Pesée

- **À chaque consultation.**
- **Hôpital** : à l'admission, hebdomadaire +/- quotidiennement si dénutrition sévère chez l'enfant.
- **À domicile ou en institution** : mensuelle.

➔ **Reporter l'évaluation nutritionnelle** (carnet de santé, DMP, RCP, compte-rendu).

<table>
<tr><td rowspan="11"></td><td>Int</td><td colspan="2">- ATCD médicaux et chirurgicaux, ATCD familiaux, état psychologique ou psychiatrique, addiction, contexte socioéconomique.
- Histoire pondérale : mode d'installation de l'amaigrissement, signes d'accompagnement (fièvre…)
- État de l'appétit : échelle visuelle ou verbale analogique de l'appétit (de 0 à 10) : SEFI (score d'évaluation facial des ingesta) < 7 ➔ risque de dénutrition.
- Quantification des ingesta (apports alimentaires) : échelle visuelle ou verbale analogique (EVA) (de 0 à 10), ou idéalement calculé par un diététicien sur un recueil prospectif ou rétrospectif des ingesta sur 1 (inventaire diététique) à 3 jours, ou enquête semi-quantitative en 3 classes (normaux, sub-normaux, diminués).
- Estimation des ingesta en hospitalisation ou institution : semi-quantitative par celui qui débarasse.
- Troubles du comportement alimentaire : conduites purgatives (lavement, laxatif, diurétique…), boulimie…
- Addictions : alcool, tabac, drogues.
- ! Polymédication notamment chez sujet âgé !</td></tr>
<tr><td rowspan="3">C</td><td colspan="2">- Perte de poids harmonieuse ou non, cinétique/IMC.
- Signes de dénutrition sévère : œdème des membres inférieurs, bradycardie < 50/min, hypothermie, hypotension artérielle, anomalies du cycle, hypoglycémie symptomatique…
- Examen à la recherche d'une néoplasie : palpation abdominale, aires ganglionnaires, TR, TV, SMG, HMG.
- Examen de la cavité buccale et de la déglutition : mauvais état dentaire, candidose…
- État psychologique/psychiatrique : dépression, anorexie…
- Examen neurologique : abolition des ROT, troubles moteurs et/ou sensitifs, atteinte cognitive.
- Signes de malabsorption/maldigestion : douleurs abdominales, selles abondantes pâteuses ou diarrhéiques (stéatorrhée).
- Signes d'hypermétabolisme : thermophobie, palpitation, tremblements, diarrhées.
- Signes de perte calorique/protéique : œdèmes des membres inférieurs, amyotrophie.</td></tr>
<tr><td>Mesures anthropo-métriques</td><td>- Épaisseur cutanée tricipitale (ECT) du bras non dominant demi-fléchi, à mi-distance acromio-olécrâne avec un compas de Harpenden ➔ évaluation de la masse grasse.
- Circonférence musculaire brachiale (CMB) dans les mêmes conditions par mètre ruban ➔ évaluation de la masse maigre.</td></tr>
<tr><td>Force musculaire</td><td>- Hand-grip (dynamomètre) et sit-up test.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PC</td><td>Bilan minimal de 1re intention</td><td>- Albuminémie et pré-albuminémie (transthyrétine).
- NFS, CRP, bilan hépatique, ionogramme, créatinine, TSHus, LDH.
<u>Si amaigrissement isolé involontaire</u> : calcémie, phosphatémie, glycémie à jeun, VIH/VHB/VHC, ferritine, BU, IDR à la tuberculine.
Rechercher carences vitaminiques dans les cas sévères (D, B9, B12, fer) +++.</td></tr>
<tr><td>Selon le contexte</td><td>- Bilan endocrinien approfondi.
- Imagerie : radiographie thoracique, échographie abdominale ou TDM thoraco-abdomino-pelvien +/-
PET-scanner dans un 2d temps.
- Radiocinéma de la déglutition si âgé ou pathologies neurologiques.
- Œso-gastro-duodénoscopie avec biopsies duodénales.
- Coloscopie avec iléoscopie et biopsies étagées.
- Examen parasitologique des selles, coproculture.
- Étude des selles et du transit : poids des selles sur 3 jours, temps de transit au rouge carmin, étude de la stéatorrhée, élastase fécale, calprotectine fécale, clairance de l'α1-antitrypsine.
- Test au D-xylose.
- Sérologie de la maladie cœliaque.
- Dosage de la citrulline plasmatique.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ÉTIOL.</td><td>Orientation</td><td colspan="2">- <u>Poids stable et ingesta normaux</u> ➔ maigreur constitutionnelle.
- <u>Perte de poids avec ingesta normaux ou élevés</u> :
• Diabète. . Hyperthyroïdie.
• Malabsorption. . Néoplasie.
• Hypercatabolisme. . Pertes et parasitoses digestives.
- <u>Perte de poids avec anorexie</u> : régime restrictif, précarité, anorexie psychique ou organique.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Amaigrissement sans anorexie, voire avec hyperphagie</td><td>- Hyperthyroïdie.
- Diabète insulinopénique.
- Parasitose intestinale.
- Malabsorption/maldigestion : maladie cœliaque, résection intestinale étendue (syndrome de grêle court…)
- Néoplasie.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Endocrinopathies</td><td>- Diabète insulinopénique décompensé : contexte de découverte ou de déséquilibre glycémique.
- Hyperthyroïdie.
- Hyperparathyroïdie avec hypercalcémie.
- Autre : insuffisance surrénalienne, phéochromocytome, insuffisance antéhypophysaire.</td></tr>
</table>

	Néoplasies	**Lymphome, hémopathie**, certaines **tumeurs solides** (rein, foie). - **Mécanismes multiples : anorexie, production de cytokines, douleurs, état dépressif, difficulté à s'alimenter…**
	Malabsorption digestive	- **Étiologies nombreuses : insuffisance pancréatique exocrine ou hépatobiliaire, pancréatite chronique, maladie cœliaque ou intolérance au gluten, maladie de Crohn en poussée et RCH, entéropathie exsudative, diarrhées chroniques, résection ou court-circuit digestif, parasitose, ischémie mésentérique, chimiothérapie, chirurgie digestive bariatrique…**
	Maladies neurologiques sévères	- **Maladie de Parkinson, SLA.** - **AVC, démence…**
	Infections chroniques	- VIH, Tuberculose, maladie de Whipple, Endocardite infectieuse subaiguë… - État septique prolongé ou chronique.
	Maladies inflammatoires	- Vascularite (artérite à cellules géantes), lupus érythémateux disséminé, sarcoïdose, maladie de Behçet, maladie de Still de l'adulte, amylose AA.
	Défaillance d'organe	- **Insuffisance cardiaque** ou **rénale** ou **respiratoire.**
	Psychiatriques	- **Anorexie mentale :** Triade clinique : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. - **Dépression :** repli sur soi, tristesse. - **Accès maniaque.** - **Sd délirant.**
	Anomalie de la cavité buccale	- Edentation, prothèse inadaptée, candidose buccale…
	Toxique	- Alcoolisme, toxicomanie.
	Maladies chroniques	- Insuffisances cardiaque, respiratoire, hépatocellulaire, rénale chroniques.
	Iatrogènes	- Chimiothérapie, radiothérapie. - Régimes trop stricts et/ou injustifiés. - Chirurgie (ORL, dig). - Jeûne iatrogène**.** - Mésusage thérapeutique (benfluorex, L-thyroxine).
	Polymédications	- Ex. : biguanides (diarrhée), AINS (épigastralgies).
	➔ Aucune cause retrouvée après un 1er bilan dans 20 % des cas. ➔ Prendre en compte les conséquences de l'amaigrissement. - **Suivi pondéral** : correction pondérale spontanée ou apparition de nouveaux signes.	